

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

G. BEAUSSIER

Intérêt-Diagnostic et Thérapeutique

DE LA

PONCTION DU CUL-DE-SAC
POSTÉRIEUR DU VAGIN

Président : M. FAURE, Professeur

— PARIS —

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Amédée LEGRAND

93, BOULEVARD ST-GERMAIN, 93

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

Assesseur : G. POUCHET

Professeurs : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie	BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils.....	Pierre DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCO URT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux.....	JEANSELME
Clinique des maladies contagieuses.....	Pierre MARIE
	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.....	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique de Propédeutic	SERGEANT

Agrégés en exercice : MM.

ABRAMI	FIESSINGER	LELORIER	RIBIERRE
ALGLAVE	GARNIER	LEMIERRE	RICHAUD
BASSET	GOUGEROT	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERRE	GUENIOT	LERI	SCHWARTZ (A.)
BRANCA	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	TANON
CAMUS	GUILLEMINGOT	MATHIEU	TERRIEN
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TIFFENEAU
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	VILLARET
CHIRAY	LABBE (Henri)	MULON	
CLERC	LAIGNEL	OKINCZYC	
DEBRE	LAVASTINE	PHILIBERT	
DESMAREST	LANGLOIS	RATHERY	
DUVOIR	LARDENNOIS	REITTERER	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE
DE MON PERE ET DE MA MERE REGRETTES
LE DOCTEUR ET MADAME BEAUSSIER

A MA FEMME

A MA TANTE ET A MON ONCLE
LE DOCTEUR ET MADAME BAISSADE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE
M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris

*qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR MILIAN
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

en témoignage de remerciements et de respect.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
MM. LES PROFESSEURS ALGLAVE, BARY,
DESCOMPS, LANDOUZY (*in memoriam*),
MAUCLAIRE, RIEFFEL.
AUX D^{rs} AUMONT, DOUAI, ERHÊNPREIS,
GUELFUCCI, MOUCHOTTE.

INTRODUCTION

Souvent, en clinique, la nature d'une collection du cul-de-sac de Douglas reste obscure, le diagnostic incertain, partant la thérapeutique hésitante, ce qui dans certains cas n'est pas sans la compromettre beaucoup ; peut-être n'est-ce pas inutile d'appeler l'attention sur un procédé simple, inoffensif, à la portée de tous, qui permet facilement de lever les doutes, recommandé et enseigné depuis longtemps par M. le professeur J.-L. Faure, et malgré cette investiture, il ne nous semble pas être ni assez connu, ni assez habituellement utilisé. Ce travail n'a pas d'autre but, modeste d'ailleurs que de montrer avec quelques observations cliniques, les services qu'il peut rendre et les renseignements qu'il permet d'obtenir.

Cependant sa valeur comme moyen d'exploration ne résume pas tous les avantages qu'il présente. Nous allons essayer d'établir que, dans certains cas, il a aussi une valeur thérapeutique réelle. Les quelques recherches bibliographiques que nous avons faites à ce sujet ne nous ont fourni aucun résultat, il nous paraît que ce dernier point de vue n'a pas jusqu'ici été envisagé.

Nous allons étudier successivement la technique, sim-

ple d'ailleurs de cette ponction du cul-de-sac de Douglas. Nous discuterons brièvement, la valeur des quelques reproches qui peuvent lui être adressés, puis nous envisagerons sa valeur comme moyen de diagnostic et de traitement dans un certain nombre d'affections.

I

TECHNIQUE

Le matériel nécessaire est des plus simples : une aiguille d'acier, longue de 8 centimètres, de petit calibre, une seringue de Luer, de 5 à 10 centimètres, peuvent suffire dans tous les cas. Cependant la pratique de cette ponction est beaucoup plus aisée et sûre si l'on peut utiliser une valve vaginale pour refouler la paroi postérieure de ce canal, et une pince de Museux, qui saisit la lèvre postérieure du col et l'attire légèrement en haut et un peu en avant.

La *malade* est mise en position gynécologique sur une table d'examen, ce qui rend les manœuvres plus aisées, mais à domicile, à la campagne, on peut fort bien s'en passer ; la malade est mise au bord du lit, les cuisses fléchies sur le bassin, soutenues par un aide ; à la rigueur, même, il est facile d'imaginer tel stratagème qui permet d'opérer seul. Une injection chaude, un savonnage du vagin sont utiles et recommandables ; il nous paraît cependant qu'ils ne sont pas indispensables, tout au plus pourrait-on ioder

la petite zone dépliée où portera la ponction de l'aiguille.

La ponction en principe doit se faire sur le contrôle de la vue, ce qui est certainement bien préférable au procédé plus aveugle de l'aiguille guidée par l'index. Mais cependant ce moyen peut être utilisé à titre exceptionnel et parfois simplement sur l'index iodé qui repère le point où elle doit se faire et qui guide l'aiguille.

Quelle est la zone où elle doit être pratiquée ? Cela varie un peu avec les cas cliniques ; toujours il faudra se tenir au contact ou au voisinage immédiat de la lèvre postérieure du col. Sous aucun prétexte on ne s'engagera dans les angles vaginaux, zone dangereuse par la proximité de l'urètre, de l'artère utérine et de ses branches et des riches plexus veineux qui l'entourent. Ainsi donc c'est un peu moins de la demi-circonférence postérieure du dôme vaginal qui représente la zone d'abord. S'il existe un bombement sur le cul-de-sac postérieur, c'est en ce point que la ponction portera ; s'il n'en existe pas on la pratiquera en trois ou quatre points en arrière du col dans la zone repérée par le touché comme étant la plus voisine de la collection.

Pour être inoffensive, outre les zones dangereuses latérales qu'il faut éviter, quelques *précautions* sont à prendre.

L'aiguille devra être enfoncée doucement sans violence et elle se dirigera en avant et en haut plutôt vers la face postérieure du corps utérin que vers le rectum qu'il faut ne pas perforer. Dès qu'elle a franchi l'épaisseur du dôme vaginal, sensation que les doigts éprouvent nettement, la pointe de l'aiguille se meut librement en cas de collec-

tions du moins dans le Douglas. A ce moment, la seringue ajustée avec soin fait de l'aspiration. Plusieurs cas peuvent se produire. Sans presque tirer sur le piston la seringue se remplit de sang, de pus, de sérosité. La seringue retirée, le liquide sous pression peut même s'écouler librement par le pavillon de l'aiguille. Ce sont là les conditions les plus favorables, mais qui ne se réalisent pas toujours. Parfois la ponction reste blanche ou ramène du sang rouge, fluide qui paraît provenir d'un vaisseau lésé ; enfoncer alors l'aiguille doucement et refaire de l'aspiration après avoir vidé la seringue. Souvent, on arrive ainsi de proche en proche dans la collection qu'il faut aller quelquefois chercher à deux, trois centimètres de profondeur au delà du cul-de-sac vaginal.

La ponction reste blanche, il convient si elle avait été indiquée, de la répéter en deux ou trois points et, enfin, elle est couronnée de succès. Quelquefois la ponction ne paraît donner aucun résultat, le liquide est trop épais pour pénétrer jusque dans la seringue, mais il en est entré une quantité infime dans la lumière de l'aiguille. Il suffit alors, en poussant le piston de la seringue, de chasser sur une compresse, le contenu de l'aiguille pour se rendre compte de la nature du liquide et avoir le renseignement désiré.

Cependant, on conçoit que même dans les cas où son indication était bien réelle, elle reste négative. On peut alors utiliser une aiguille d'un calibre un peu plus fort qui pourra ramener avec peine du pus épais, un peu de sang noir. Il est fort possible que, dans quelques circonstances, elle ne puisse fournir aucun renseignement. Il n'y a guère de procédés qui ne comportent une part d'insuccès. Tou-

tefois nous ferons remarquer que dans toutes les observations que nous rapportons elle s'est toujours montré fidèle.

Il peut arriver que l'aiguille ayant traversé la paroi vaginale se torde, fait d'autant plus facile à se produire que l'aiguille est plus longue. Pour obvier à cet inconvénient, le docteur Donay, chef des travaux gynécologiques de l'hôpital Broca, recommande un procédé nouvellement créé par lui. L'instrument, que nous avons pu voir à l'hôpital, et qui est encore à l'étude, comprendra un tube porte-aiguille, long de 12 centimètres environ, dont une extrémité renflée peut être adaptée à la seringue ; l'autre destinée à porter l'aiguille qui servira à pratiquer la ponction.

Les quelques *reproches* que l'on peut adresser à cette méthode ne diffèrent guère de ceux qu'on a pu faire à la ponction exploratrice du péritoine que M. Savariaud a récemment préconisée au cours des contusions de l'abdomen. Ils sont comme ceux-ci d'inégale valeur et ne nous paraissent pas devoir résister à l'examen. La ponction ne doit être pratiquée que s'il existe des signes manifestes de collection dans le Douglas, ce dont il vraiment facile de s'assurer par le toucher vaginal et le toucher rectal.

Un second reproche est que la ponction peut être la source d'une infection de la collection ; mais, aidé, bien éclairé, avec une bonne valve vaginale, une pince de Museux bien placée, rien n'est plus aisé que de la pratiquer au milieu d'une zone stérilisée par la teinture d'iode et vraiment dans ce cas le reproche tombe de lui-même. Il reste vrai si la ponction est faite dans des conditions différentes, moins favorables, mais quelquefois les seules pos-

sibles. Faut-il s'en effrayer, nous ne le croyons pas, si du moins nous nous basons sur ce que nous avons pu apprendre de ceux qui la pratiquent de façon courante, et c'est pourquoi, tout en blâmant, dans la pratique usuelle, ce procédé de nécessité, nous l'utilisons à l'occasion, tant nous sommes convaincus du peu d'importance du risque couru par rapport à la valeur du diagnostic tout de suite établi dans certains cas de ruptures tubaires, d'hématocèles secondairement rompues par exemple, qui, de l'aveu de la grande majorité des chirurgiens sont justiciables d'une intervention d'urgence.

La blessure possible du rectum, des anses intestinales est-elle à craindre? Oui, si la ponction est faite brutalement, si l'aiguille enfoncée d'un coup vise le promontoire et non pas la face postérieure de l'utérus; non, nous le pensons, dans les cas contraires; la pratique du pneumopéritoine, de l'anesthésie régionale par infiltration large des parois de l'abdomen ne nous ont-elles pas fourni la preuve que la blessure de l'intestin avec une aiguille de petit diamètre, glissée plutôt que poussée, à travers les divers plans, reste encore à prouver.

Il n'y a là rien qui puisse être comparé en vérité à l'observation rapportée par M. Hallopeau à la Société de Chirurgie et qui a fait jeter l'anathème sur ces méthodes peut-être un peu délicates, mais sans danger entre des mains exercées et pour des cas déterminés.

En tous cas, même en admettant la possibilité d'une piqure de l'intestin que des adhérences pathologiques peuvent faciliter il n'y a pas là, à notre avis, d'accidents bien à redouter du fait de cette piqure à la condition que l'ai-

guille soit très fine comme celle qu'il est préférable d'employer.

Quant à la piqure des vaisseaux, seule la région des angles vaginaux que nous considérons comme dangereuse doit être évitée ; par ailleurs, la piqure ou même la transfixion d'un petit vaisseau reste sans gravité et ne doit pas faire rejeter une méthode si précieuse.

Cette ponction pour aveugle qu'elle soit, pratiquée suivant une technique précise et douce est inoffensive. « Elle n'a aucun inconvénient », dit M. le professeur J.-L. Faure, et on la pratique couramment dans son service. Nous allons essayer de démontrer les avantages qu'elle offre au praticien, nous basant sur quelques observations de malades suivis et opérés par notre ami Armont dans le service de M. le professeur Maclaire, que nous remercions ici pour la liberté qu'il a bien voulu nous laisser dans cette publication.

II

LA PONCTION EXPLORATRICE du cul-de-sac vaginal postérieur est indiquée à notre avis dans deux conditions un peu différentes.

Tout d'abord dans les cas où l'on doute de la nature d'une collection du Douglas (J.-L. Faure). Enfin, au cours de certains traumatismes abdominaux où, chez la femme, elle nous paraît aussi sûre que la ponction exploratrice du péritoine, telle que la recommande M. Savariäud.

Au cours des hématoécèles, le diagnostic présente des difficultés variables. Souvent pour peu qu'on y pense, l'inondation péritonéale présente un cachet si net que toute exploration paraît superflue, dans l'observation I, que nous rapportons plus loin il en était ainsi. La ponction pratiquée ramena facilement du sang pur, elle était inutile, elle ne fut en tout cas de nul inconvénient. L'observation II a trait aussi à une inondation péritonéale, mais à caractères bien différents au moment où la malade fut examinée. Les signes objectifs d'hémorragie interne paraissaient absents, il n'y avait eu aucune retard de règles, pas de métrorrhagie distillante, on trouvait seulement un pouls rapide, en discordance avec la tempéra-

ture, avec un réflexe du Douglas fort net. Ce signe de valeur que nous avons toujours recherché n'est pas, malheureusement, pathognomonique de l'inondation comme le voudrait M. Proust. Aussi dans ce cas la ponction a-t-elle été d'un heureux appoint.

On voit donc que, même dans l'inondation péritonéale, dans certains cas, à allure subaigue, de ceux qui, peut-être, ont quelque tendance spontanée à l'enkystement, cette exploration peut présenter un intérêt réel.

Celui-ci est, certes, plus grand encore lorsqu'il s'agit d'hématocèles enkystées, secondairement rompues ou non, nos trois observations III, IV, V, nous paraissent à ce point de vue assez probants. La malade de l'observation III, qui portait une hématocèle rompue secondairement, ne présentait qu'un tableau clinique peu net, avec cependant un signe important : retard de deux mois qui devait attirer l'attention.

La jeune femme de l'observation IV avait été traitée pour une salpingite droite qui était une grossesse tubaire au début, en réalité ; à son retour dans le service de M. Mauclaire, ce premier diagnostic, malgré les signes des rupture tubaire risquait d'égarer encore le diagnostic peut-être. La ponction vint l'affirmer bien simplement et emporta la décision opératoire immédiate.

Mais c'est surtout pour la malade qui fait l'objet de l'observation V que ce procédé fut précieux. Cette femme, en effet, avait été traitée en ville pour une fausse couche, curettée et amenée à l'hôpital dans les conditions qu'on trouvera décrites plus loin en détail. Chez elle la masse rétro et latéro-utérine qu'elle présentait pouvait être rapportée

à une cause toute différente de celle qui était, en réalité, en jeu. Or, la ponction établit l'existence de l'hématocèle, permet de rectifier le premier diagnostic et d'établir que cette malade n'avait pas fait une fausse couche banale, mais bien une fausse-couche tubaire, commune d'ailleurs, contemporaine de la fissuration de la trompe droite.

Les exemples pourraient être multipliés sans grand intérêt, nous connaissons d'autres observations superposables de quelques chirurgiens, qui connaissant cette méthode précieuse, l'utilisent souvent. Donc, en résumé, utile parfois dans certaines inondations péritonéales, elle rend presque toujours des services appréciables au cours des hématocèles et dans les deux cas, elle reste sans aucun inconvénient.

Dans les *collections suppurées* du petit bassin collectées en arrière de l'utérus, de types si variables, pelvipéritonites, pyosalpinx, phlegmon du ligament large, elle est aussi des plus utiles, mais ici son utilité nous paraît ; non seulement, elle affirme le diagnostic ainsi qu'en témoigne l'observation VI, mais elle peut encore influencer heureusement sur l'évolution des lésions. C'est là le second point de cette courte étude que nous envisagerons plus loin.

Nombreux sont encore les cas où elle peut contribuer à éclairer au moins en partie un diagnostic, dans une observation que nous ne rapportons pas, car elle est demeurée incomplète, la malade ayant quitté brusquement l'hôpital. elle permit par ponction du Douglas d'évacuer un liquide séreux qui examiné s'est montré richement fibrineux, absolument amicrobiens, il coexistait avec une masse de nature indéterminée peut-être néoplasique à la fois pelvien-

ne et iliaque qui donnait lieu à des symptômes cliniques de subocclusion intestinale avec réactions péritonéales par poussées chez une femme de 57 ans.

Cette ponction pourrait être enfin utilisée dans les cas de *contusion abdominale*, où la décision opératoire ne s'impose pas d'emblée ; ce que nous avons constaté quand à son inocuité au cours des inondations péritonéales nous conduit à penser de même dans le cas qui nous occupe. Nous ne possédons pas d'observations personnelles, mais nous croyons que la ponction du cul-de-sac postérieur du vagin doit trouver là encore une indication.

III

**LA PONCTION DU CUL-DE-SAC VAGINAL POSTÉ-
RIEUR** peut, dans certains cas, jouer un rôle *thérapeuti-
que* important. Nous voulons parler de la ponction *éva-
cuatrice*, au moins partiellement de collections suppurées,
rapidement constituées, à tendances marquées vers la rup-
ture péritonéale, rectale, sans que le traitement de refroi-
dissement ait grandes prises sur elles. La colpotomie, opé-
ration bénigne et vraiment efficace, ayant permis de sau-
ver la vie de bien des malades, lorsqu'elle est appliquée
aux cas qui en ressortissent donne, nous le savons, d'ex-
cellents résultats, elle peut à elle seule suffire à la guéri-
son, presque paradoxale, d'énormes suppurations pelvien-
nes, il n'en est pas moins vrai qu'elle doit assez souvent
être complétée ultérieurement par une intervention radi-
cale, basse le plus souvent et alors d'une technique déli-
cate, haute parfois. Les malades dont les observations VI
et VII sont rapportées plus loin nous paraissent avoir
précisément tiré un bénéfice certain d'une seule ponction
évacuatrice assez copieuse, puisque la malade de l'obser-
vation VI a pu être opérée dans de bonnes conditions
par laparotomie, six semaines après la ponction d'une col-

lection qui appelait la colpotomie, et s'il se fût agi d'une malade qui ait pu rester longtemps au lit, être soignée avec attention, peut-être même serait-on parvenu à lui éviter l'hystérectomie.

La femme de l'observation VII a vu son état se transformer en vingt-quatre heures après la ponction évacuatrice et se trouve maintenant en voie de guérison bien que pour elle l'intervention paraisse nécessaire dans un avenir prochain.

Il y a là quelques faits que nous regrettons de ne pouvoir présenter plus nombreux qui nous paraissent devoir retenir l'attention.

Si, d'autre part, la méthode actuellement à l'essai du traitement de ces suppurations par la vaccination confirme davantage les quelques succès certains qu'elle a déjà enregistrés, la ponction évacuatrice sera un adjuvant de son action d'une part ; et d'autre part, elle permettra, moyennant quelques précautions de retirer un peu de pus, celui-ci servira à la préparation des *auto-vaccins* simples, puis ultérieurement sensibilisés s'il y a lieu. On en sait la supputation d'action des vaccins spécialisés et, en particulier, des *auto-vaccins*. Cette voie peut donc être riche en résultats. Sans doute, d'autres auteurs l'ont-ils déjà utilisée et exploitée, nous n'en avons cependant pas trouvé mention.

OBSERVATION I. — *Mme J...*, 31 ans.

Entrée d'urgence à la Pitié, le 6 mars 21. D'urgence, nous l'examinons à son arrivée; chez elle le diagnostic d'inondation péritonéale peut être porté facilement; en effet, elle présente un retard de règles de deux mois et a subi avant son arrivée à l'hôpital deux ictus abdominaux; depuis six jours, elle avait de petites pertes sanguinolentes; le facies est pâle et anxieux; le pouls a 110, la température 36.8; l'utérus est mobile; il n'y a pas de masse dans le petit bassin; le palper de l'abdomen est facile, indolore, mais l'exploration profonde du Douglas poursuivie parallèlement détermine un réflexe net. Le diagnostic d'inondation péritonéale est porté. La ponction pratiquée sur la table d'opération, qui n'était pas nécessaire dans ce cas, est positive, ramenant du sang liquide à peine noirâtre.

Laparatomie, ablation de la trompe droite, suture en un plan au fil de bronze, agrafes sur la peau.

Guérison sans aucun incident.

OBS. II. — *Mme B...*, 32 ans.

Entrée à la Pitié le 16 février dernier, service de M. le docteur Mauclaire, souffrante depuis quelques jours, elle a ressenti quelques heures auparavant une douleur abdominale violente, le médecin consulté a conseillé l'intervention; cette femme, assez mal réglée, n'a pas de retard appréciable; ce symptôme perd d'ailleurs de sa valeur dans le cas présent. L'état général, au moment où nous voyons la malade, est bon : facies coloré à peine anxieux, aucun symptôme objectif d'hémorragie interne, mis à part une accélération du pouls à 110 en discordance avec une température normale, ventre souple à peine sensible. Cul-de-sac de Douglas douloureux, réflexe du Douglas vif et violent. On pense à la possibilité d'une rupture tubaire à la phase d'accalmie peut-être, mais cependant le diagnostic resterait hésitant si la ponction ne ramenait du sang rouge, facilement.

L'intervention décidée est faite immédiatement, rupture tubaire avec inondation. L'utérus présente des noyaux fibromateux. L'hystérectomie, dont la malade serait justiciable, n'est pas pratiquée.

La guérison survient sans aucun incident. Revue, la malade est en parfaite santé et a subi quelques séances d'irradiation par les rayons X dans le but de s'opposer au développement ultérieur des fibromes utérins.

OBS. III. — *Mme R...* 30 ans.

Entrée à l'hôpital, service de M. le docteur Mauclair, le 30 mai, racontant l'histoire suivante : Douleurs abdominales survenues brusquement dix jours avant, suivies par un écoulement sanguin que la malade pense être ses règles normales supprimées depuis deux mois ; ces douleurs n'ont pas une violence telle que la malade soit obligée de s'aliter. Antérieurement, rien de spécial à noter dans ses antécédents, aucune réaction péritonéale sauf, cependant, constipation assez marquée depuis le 20 mai. Le matin de son entrée, reprise par une nouvelle crise douloureuse, elle vient consulter à l'hôpital et est admise dans le service. Facies bon, coloré, pas de dyspnée, pas d'altération de l'état général, pouls un peu accéléré à 100. Température normale, 37,2. Localement, on trouve un utérus repoussé légèrement vers la symphyse sans ramollissement appréciable du col, qui est cependant entr'ouvert ; l'utérus reste assez facile à individualiser en avant d'une masse qui occupe le cul-de-sac postérieur et s'étend surtout vers le cul-de-sac latéral droit.

Signe de Douglas absent, la masse paraît de consistance irrégulière, peu douloureuse ; la ponction pratiquée à deux reprises, ramène avec peine quelques gouttes d'un sang très noir très visqueux. Cependant malgré cela, elle confirme le diagnostic et conduit à l'intervention, celle-ci montre une hématocele latéro et rétro utérine rompue secondairement et assez volumineuse. La trompe droite est enlevée, après libération de quelques adhérences intestinales. La malade en parfait état peut être actuellement considérée comme guérie.

OBS. IV. — *Mme N., 32 ans, sans profession.*

Entrée à la Pitié le 9 octobre 1921, se plaignant de souffrir dans le ventre, côté droit. Dans ses antécédents génitaux, on ne note aucun fait important. Léger écoulement leucorrhéique tachant le linge, pas de métrite, pas de blennorragie, pas de fausses couches. N'a jamais eu d'enfant. Bien portante jusqu'au milieu de septembre; cette femme n'a eu aucun retard de règles que nous ayons constatées pendant son séjour à l'hôpital, règles peut-être un peu moins abondantes et de durée raccourcie. A l'examen, on sent dans le cul-de-sac latéral droit une petite masse, mobile, légèrement douloureuse, indépendante de l'utérus; celui-ci ne présente aucune modification, ni au niveau de col non ramolli, ni sur le corps. Après huit jours de repos au lit, la masse n'a pas varié sensiblement. La malade demande à retourner chez elle affirmant pouvoir s'y reposer et devant revenir consulter ultérieurement. On porte le diagnostic de salpingite parenchymateuse droite.

Le 24 octobre, la malade rentre d'urgence dans le service; nous la trouvons fatiguée, pâlie, se plaignant d'avoir ressenti quelques heures avant (3 heures environ), une douleur abdominale assez intense avec quelques vertiges. De plus, quelques pertes séro-sanguinolentes s'étaient produites peu après, le pouls est à 120°, un peu faible, la température à 36,5. Au toucher combiné au palper, on sent une masse abdomino-pelvienne; l'utérus est un peu refoulé vers la symphyse. Le réflexe du Douglas est douteux. Le diagnostic de rupture tubaire avec hématoçèle, confirmé par la ponction qui permet de recueillir du sang noir et très visqueux, et on incline à penser qu'une hématoçèle s'était constituée assez insidieusement, mais qu'elle s'est secondairement rompue.

L'intervention, pratiquée immédiatement, confirme en tous points ces conceptions. La malade guérit sans aucun incident; revue, elle reste en parfaite santé: hématoçèle, rupture de la trompe droite.

OBS. V. — *Mme H...*, 28, *marâchère*.

Entrée à la Pitié le 24 novembre, à 11 heures du soir. Adressée par un médecin qui la soignait depuis plusieurs jours et qui avait pratiqué, le jour même, un curettage utérin pour mettre fin aux pertes, assez abondantes, que présentait la malade. Celle-ci raconte, en effet, qu'elle a eu un retard de règles de six semaines, puis que celles-ci sont revenues persistantes, abondantes, un peu douloureuses. Le médecin consulté fait le diagnostic de fausse-couche et pense à une rétention partielle des membranes et, au bout de quelques jours, se décide à pratiquer un curettage. Cette femme était jusqu'à cet incident en parfaite santé. Au moment où nous l'examinons, son état paraît inquiétant : elle paraît très pâle, un peu terreuse, le pouls rapide, un peu faible, irrégulier, entre 120 et 130; la température est à 38,5; elle a eu quelques nausées sans vomissements. Constipée elle dit ne pas être allée à la selle depuis cinq jours et n'avoir rendu de gaz depuis 48 heures. Elle se plaint de souffrir surtout dans la moitié inférieure de l'abdomen, mais tout le ventre est sensible; il n'existe cependant ni ballonnement abdominal ni contracture musculaire nette généralisée ou localisée. Au toucher vaginal, les culs-de-sacs sont douloureux tendus, en particulier le cul-de-sac de Douglas. L'utérus présente un col ramolli et admettant l'extrémité de l'index. Il reste légèrement mobile, mais toute manœuvre est douloureuse. Au toucher rectal, le cul-de-sac de Douglas est aussi douloureux et un peu tombant vers le rectum.

Le diagnostic reste embarrassant, la possibilité d'une fausse-couche utérine le complique. S'agit-il d'une pervipéritonite, d'une infection post-abortum à marche rapide? L'existence de cette tuméfaction du Douglas fait penser, malgré tout, à la possibilité d'une hématocele avec fausse-couche tubaire, prise par erreur pour une fausse-couche banale. Le réflexe du Douglas est net; malgré tout, le diagnostic reste douteux. La ponction l'affirme en ramenant facilement deux seringues de sang noir.

La malade, opérée quelques heures après d'une hématocele rompue, trompe droite, secondairement, guérit sans incident.

OBS. VI. — *Mme Bo...*, 22 ans.

Entre à la Pitié, service de M. le docteur Mauclaire, le 9 février dernier. Cette femme, dont l'état général était alarmant, présente un facies tiré, nez pincé, yeux légèrement excavés à type péritonéal, elle avait eu un vomissement la veille et était déjà traitée chez elle depuis quinze jours environ. La température était 39,7; le pouls rapide à 130; le ventre sensible dans sa moitié inférieure. Au toucher rectal, masse volumineuse englobant l'utérus, qui ne peut être délimité, col non dévié ni ramolli. Masse très douloureuse et tendue, également perceptible par le toucher rectal. Or cette femme avait un retard de règles de quinze jours et racontait qu'elle était tombée brusquement malade à la suite d'une violente douleur abdominale. Un interne de garde consulté émet l'hypothèse d'une hématocele possible, cependant la vive réaction péritonéale, le passé de métrite à type gonococcique pouvait faire plutôt incliner vers l'idée d'une collection suppurée.

La ponction pratiquée ramène, après quelques difficultés, du pus, épais, verdâtre, d'odeur fétide. L'aspiration permet de retirer 200 à 250 cent. cub. La malade, de suite soulagée, est remise au traitement strict de refroidissement et malgré l'importance des lésions, échappe à la colpotomie d'urgence qui paraissait avoir fonction indispensable. Opérée six semaines après, la laparotomie montre l'existence de deux pyosalpinx: le gauche gros comme une grosse orange, plus volumineux que le droit et, fait assez curieux, très haut placé dans l'excavation pelvienne, au-dessus de la corne utérine correspondante, alors qu'il avait pu être sans trop de peine ponctionné et vidé en partie par le cul-de-sac vaginal postérieur à l'entrée de la malade dans le service.

OBS. VII. — *Mme Be...*, 31 ans, sans profession.

Entre à l'hôpital le 8 mai 1922, service de M. le docteur Mauclaire; cette femme, mère de trois enfants vivants, le dernier âgé de huit mois; a fait, le 10 avril dernier, une fausse-couche de deux mois environ, survenue sans cause apparente alors que cette femme allaitait son dernier enfant; ell n'a pas subi de curettage ni aucune manœuvre intra-utérine, et cependant quelques jours après cette fausse-couche, elle est prise de violentes douleurs abdominales, avec quelques vomissements alimentaires et bilieux, en même temps s'installe une constipation opiniâtre. Le médecin traitant fait poser de la glace sur le ventre et institue une diète rigoureuse, la réaction péritonéale cependant ne rétrocede pas et conduit la malade à la Pitié.

A son entrée, nous constatons la gravité réelle de son état général; la malade, amaigrie, a un teint terreux et le facies exprime la douleur qu'elle ressent; la température est à 39°; le pouls à 120°; la malade n'a pas eu de nouveaux vomissements, mais depuis quarante-huit heures elle n'a pas rendu de gaz, pas plus que de matières par l'anus. Le ventre est douloureux et légèrement ballonné dans sa moitié inférieure.

Le toucher vaginal fait constater une masse volumineuse englobant l'utérus qui reste difficile à individualiser, mais ne paraît pas dévié. Cette tuméfaction est douloureuse, assez ferme de consistance. Le toucher rectal fournit des renseignements identiques.

Le diagnostic de pelvipéritonite ou peut-être de phlegmon du ligament large est porté. En effet, la masse pelvienne paraît remonter un peu vers la fosse iliaque gauche, mais elle est difficile, par suite de la défense musculaire qui provoquë l'explo-

ration, à bien individualiser vers l'hypogastre et la fosse iliaque interne.

La malade est mise en observation, glace, sérum glycosé, huile camphrée, lavements laudanisés sont employés; malgré cela, pendant cinq jours, l'état reste absolument le même qu'à l'entrée, la température en particulier continue toujours à osciller entre 39, 39,2 le soir et 38,5 le matin; urines peu abondantes et troubles. Le cinquième jour, à la contre-visite, la malade est portée sur la table d'examen et une ponction de Douglas pratiquée. On ne trouve pas du premier coup la collection, l'aiguille est prudemment enfoncée et brusquement on voit le pus sortir sous tension par le pavillon de l'aiguille; on retire ainsi sans aucune autre manœuvre 250 à 300 cmc. de pus; immédiatement l'effet se fait sentir, la malade revue quelques heures après, se déclare très soulagée.

La température reste encore pendant vingt-quatre heures élevée à 39° vespérale; le surlendemain, au matin, elle tombe brusquement à 37° et 37,4, sauf deux crochets à 38° vespéral, les cinquième et sixième jours après la ponction.

Parallèlement, l'état se relève rapidement, la malade commence à pouvoir s'alimenter et va, bien que difficilement, à la selle.

Localement, la masse si volumineuse a fondu de façon remarquable, mais reste depuis plusieurs jours stationnaire. Il persiste une tuméfaction purement latéro-utérine gauche du volume d'une orange, collée contre la paroi interne du bassin et fixée en dedans sur le bord interne de l'utérus. Le cul-de-sac postérieur et le latéral droit se sont entièrement assouplis. La malade sera très vraisemblablement opérée ultérieurement, mais il n'est pas douteux qu'elle le sera dans des conditions de sécurité tout à fait différentes de celles du début.

OBS. VIII. — *Mlle C...*, 24 ans, modiste.

Entre à l'hôpital de la Pitié, service de M. le docteur Mauclore, le 24 avril, adressée par son médecin traitant pour un volumineux pyo-salpinx, d'origine gonococcique; état général sérieux, température 39,5. Pouls rapide. Douleurs vives depuis vingt-quatre heures dans le bas-ventre, un vomissement. Au toucher vaginal: bombement net du cul-dé-sac postérieur dans le vagin; rénitence, empâtement hypogastrique. La ponction pratiquée de suite laisse s'écouler 400 grammes de pus séreux environ éloignant tout danger de rupture immédiate que l'on pouvait craindre. Le soir colpotomie classique et facile, drainage en T. Trois semaines après la malade rentre chez elle, conservant une masse postéro-latérale gauche paraissant justifiable d'une intervention abdominale ultérieure.

CONCLUSIONS

La ponction du cul-de-sac postérieur du vagin est un procédé simple, facile, sans inconvénients, dont l'avantage est double.

Exploratrice.— Elle permet d'assurer le diagnostic dans les cas où l'on doute de la nature d'une collection du cul-de-sac de Douglas.

Elle peut à l'instar de la ponction exploratrice du péritoine par voie abdominale être utilisée dans certains cas de contusions abdominales.

Evacuatrice. — Elle aide à la résorption de certaines collections suppurées rétro-utérines, favorise leur refroidissement sans pour cela supprimer à la colpotomie la place prépondérante qu'elle a toujours occupée. En plus de cela, elle peut contribuer à la fabrication d'un auto-vaccin dont elle fournit tous les matériaux.

Vu :

Le Doyen,
ROGER

Vu :

Le Président,
FAURE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

J.-L. FAURE. — Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie, p. 881, n° 21, 1921.

SAVARIAUD. — La ponction exploratrice dans les contusions de l'abdomen.

— Id. 878, n° 21, 1921.

V. PLAUSON. — La ponction exploratrice du cul-de-sac de Douglas. Vie médicale, 8 juillet 1921.

